Aus der Königlichen Universitäts-Frauenklinik zu Breslau.
Direktor: Geheimer Medizinalrat Professor Dr. Küstner.

Die Operation der Blasengenitalfisteln

nach

Küstner-Wolkowitsch.

Inaugural-Dissertation

der

Hohen Medizinischen Fakultät der Kgl. Universität Breslau

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin und Chirurgie

vorgelegt und mit Genehmigung derselben veröffentlicht von

Ulrich Kummer,
Medizinal-Praktikant.

Breslau 1908.
Druck der Breslauer Genossenschafts-Buchdruckerei, E. G. m. b. H.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität Breslau.
Referent: Professor Dr. Küstner.
Prof. Dr. Bonhoeffer, Dekan.

„Über Blasenfisteln ist sehr viel geschrieben worden — vieles davon ist unbedeutend und mangelhaft, manches ist gut und eingehend, und nur ganz wenige Darstellungen können Anspruch darauf erheben, als erschöpfend und wertvoll bezeichnet zu werden. Der Grund für diese Erscheinung ist ein sehr einfacher. Eine Monographie über Blasenfisteln läßt sich nicht einfach durch zusammengetragene kasuistische Literatur zusammenschreiben. Ein solches Opus würde viele Druckbogen umfassen, unendlich langweilig und gar nichts wert sein. Wenn auf irgend einem Gebiet, so ist auf diesem ein kritisches Urteil einzig und allein durch Erfahrung und zwar nur durch recht große Erfahrung zu gewinnen.

Wie theoretisch Blasenfisteln zur Heilung gebracht werden sollen, das beschreiben Hunderte von Autoren, wie sie aber tatsächlich geheilt werden, das wissen doch nur wenige. Denn nur wenige sind in der Lage, große Erfahrungen zu sammeln, und von diesen wiederum haben nur ganz vereinzelte ihre spezialistischen Kenntnisse in umfassender Darstellung veröffentlicht.“ (Stöckel.)

Im Jahre 1902 sind in der Zeitschrift für Geburtshilfe von Geheimrat Küstner 11 Fälle von Blasenscheidenfisteln veröffentlicht worden, die in der Breslauer Universitäts-Frauenklinik nach einer neuen Methode, der Methode Küstner-Wolkowitsch, von Küstner sämtlich mit gutem Erfolg operiert wurden.

Rothe publizierte darauf im Jahre 1903 in der Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie weitere 8 Fälle aus derselben Klinik, die nach derselben Methode mit vor-

züglichem Resultat operiert worden sind, und jetzt bin ich in der Lage über weitere 12 Fälle von Blasenscheidenfisteln zu berichten, die in den Jahren 1904—1907 von Geheimrat Küstner operiert worden sind und auch hier zeigte sich, wie wir aus den Krankengeschichten sehen werden, daß der Erfolg der Operation stets ein ausgezeichneter war.

Ich werde zunächst die Krankengeschichten der erwähnten 12 Fälle wiedergeben und im Anschluß daran auf die Einzelheiten der Operation, die Nachbehandlung und die Erfolge näher eingehen.

Fall I.

Jahrgang 04/05, Journaln. 445.

Frau P. K., 32 Jahre alt, aus Protsch.

Aufnahme den 26. X. 1904.

Entlassung den 4. XII. 1904.

Diagnose: Fistula vesico-cervicalis.

Anamnese: Im August 1904 wurde Patientin nach einer Operation wegen Uterusruptur entlassen. Die Anamnese lautete damals: Letzte Regel am 12. VII. 1903. Frau P. hat 3 Partus durchgemacht. Das erstemal Nabelschnurvorfall, spontan totes Kind; das zweitemal spontan totes Kind; das drittemal lebendes Kind. Sie hat mit 2 Jahren laufen gelernt, will keine krummen Beine gehabt haben, die Kinder sollen alle ziemlich groß gewesen sein. Bei der letzten Geburt am 1. V. 1904 außerhalb der Klinik Uterusruptur, Zerreißung der Blase. Nach der Operation ergibt eine am 5. VII. gemachte Untersuchung folgenden Befund: Im Grunde einer kurzen Scheide wie eine vaginale Portio sich anfühlende sehr flache Prominenz, gleich davor oder eigentlich noch im Bereich derselben eine nach der Blase zu führende für die Fingerkuppe eben zugängliche Fistel. Orificium externum für Sonde „3“ nicht zu betreten.

Operation am 23. VII. 1904.

Dauer der Operation von 10^{5} Uhr bis 10^{50} Uhr.

Operateur: Geheimrat Küstner.

Die Fistel mündet in die Cervix und zwar ziemlich hoch oben.

Querschnitt im vorderen Scheidengewölbe. Abschieben bezw. Abpräparieren der Blase im Bereich des oberen Randes in nicht großer Ausdehnung. Dann gelingt es 2 Nähte so zu legen, daß das verschlossene Blasenloch oberhalb des Cervixloches liegt.

Nicht sonderlich befriedigende Operation.

26. VII. Patientin liegt naß.

15. VIII. Fäden gezogen.

18. VIII. Entlassungsbefund: Die Fistel ist bequem für den Zeigefinger durchgängig. Vagina von verschiedenen Narben durchzogen, aus welchen ein Portio zurzeit nicht gesondert zu tasten ist. Patientin soll im Oktober wiederkommen zur Beseitigung der Fistel.

Oktober 1904. Allgemeinbefinden gut seit der Entlassung. Post partum Menopause.

Status praesens: Der Uterus liegt dextroponiert in Mittelretroflexionsstellung. Adnexe nicht getastet. In Vagina Narbenstränge. Vor der Portio ein querer Narbenstrang (frühere Fisteloperation). Zwischen dieser Narbe und der zerklüfteten Portio eine fast erbsengroße Fistel.

Therapie: Sitzbäder, Spülungen.

Operation am 5. XI. 1904.

Dauer der Operation von 8^{40} Uhr bis 10^{5} Uhr.

Operateur: Geheimrat Küstner.

Sehr schwierige Verhältnisse. Hinter einer straff sich spannenden queren narbigen Falte findet sich der Rest einer Portio, kaum noch kenntlich, höchstens durch ein Orificium internum, welches in den retroponierten Uterus führt. Die Fistel führt in den hinteren Teil des noch vorhandenen Cervix.

Längsschnitt durch die vordere Scheidenwand bis 3 cm hinter der Urethraöffnung; Abtrennen der Blase nach rechts und nach links etwa 1 cm tief. Dieser Längsschnitt hat auch die erwähnte Falte getroffen; auch von hieraus wird die Blase abpräpariert und so endlich das unterste Ende des bestehenden Cervixkanales sichtbar. Schmales, dürftiges Gewebe daselbst. Abpräparieren der Blase von der Cervix gelingt bis auf etwa 1 cm oberhalb des Cervixendes. Darauf wird dieses untere frei präparierte Cervixende im Sinne der bekannten Methode benützt und mit 2 Drahtnähten an zwei seitliche Partien des Längsspaltschnittes der vorderen Scheidenwand angenäht. Außerdem etwa noch 4 Drahtnähte, welche die oberflächlichen Wunden adaptieren.

Nach Beendigung der Operation enthält die Blase ziemlich viel trüben Urin. Dauerkatheter.

6. XI. Flatus gehen ab. Allgemeinbefinden gut.

17. XI. Fäden entfernt.

20. XI. Blasenspülung wegen Cystitis mit argentum nitricum.

22. XI. Patientin liegt nach Entfernung des Dauerkatheters trocken.

4. XII. Entlassungsbefund: Patientin ist völlig kontinent. Im vorderen Scheidengewölbe eine querverlaufende $2^{1}/_{2}$ quer-

fingerbreite lineare Narbe, in welcher noch die Reste einiger Drahtsuturen zu fühlen sind. Uterus klein, in Mittelstellung. Patientin wird entlassen mit der Anweisung bei Eintreten der Gravidität sich in der Klinik zwecks Vereinbarung des Kaiserschnitttermins einzufinden. Verordnet werden für die nächste Zeit noch Sitzbäder, Salol, Fachinger Salz.

Fall II.

Jahrgang 04/05, Journaln. 496.

Frau M. K., 34 Jahre alt, aus Russisch-Polen.

Aufnahme den 5. XII. 1904.

Entlassung den 30. XII. 1904.

Diagnose: Duo fistulae vesico-vaginales.

Anamnese: Sie hat mit 21 Jahren die erste Periode gehabt, die regelmäßig alle 4 Wochen wiederkehrte und 3 Tage dauerte. Seit 13 Jahren ist sie verheiratet, hat 7 Entbindungen durchgemacht. Drei Kinder leben, drei sind klein gestorben, das letzte war eine Totgeburt. Alle Partus spontan. Die ersten 6 schnell und leicht. Letzter Partus, April 1903, wie alle anderen ohne ärztliche Hilfe, dauerte 3 Tage, sehr schwache Wehen, Kind war nicht größer als die anderen. 8 Tage nach dem Partus — sie war am 4. Tage aufgestanden — konnte sie das Wasser nicht mehr halten. Im Juli 1903 wurde sie in Kalisch ohne Narkose operiert, lag 6 Tage trocken, dann konnte sie wieder nicht das Wasser halten.

Status praesens: Starkes Ekzem der äußeren Genitalien. Uterus größer als normal, liegt in Retroversionsstellung, die Portio ist stark deszendiert, sie weist an der vorderen Muttermundslippe eine halbkreisförmige Narbe auf. Aus der deszendierten Portio und der Narbe kann man wohl schließen, daß die Operation nach Küstner-Wolkowitsch gemacht ist. Die Narbe an der vorderen Muttermundslippe weist gerade in der Mitte eine für eine dünne Sonde durchgängige Öffnung auf, $^1/_2$ cm nach rechts davon eine zweite für Sonde „3“ durchgängige Öffnung. Aus beiden Öffnungen entleert sich Urin, ebenso fließt durch diese Öffnungen in die Blase gefüllte Milch aus: Beim Katheterisieren ist die Blase leer. Ausfluß besteht nicht. Wasserlassen unwillkürlich, Urin frei von Eiweiß und Zucker, dagegen viel Leukocyten enthaltend.

Therapie: Sitzbäder, Spülungen, Salol, Fachinger.

Operation am 12. XII. 1904.

Dauer der Operation von 10^{40} Uhr bis 11^{5} Uhr.

Operateur: Geheimrat Küstner.

Die beiden Fisteln liegen 1 cm voneinander entfernt. Sie werden ovalär umschnitten und die Scheidenschleimheit exzidiert. Dadurch entsteht eine einzige Fistel, die recht groß ist. Von dieser Fistel aus wird die Blasenwand nach hinten zu von der Cervix, nach vorn zu von der Scheide recht ausgiebig abgetrennt. Darauf wird die Blasenwand isoliert durch 3 Katgut-Nähte, die Scheidenportiowand darüber quer durch 5 tiefe und 2 oberflächliche Nähte geschlossen. Dauerkatheter.

28. XII. Fäden gezogen, glatte Heilung. Patientin liegt seit der Operation völlig trocken.

30. XII. Entlassungsbefund: Narbe glatt verheilt, dicht. Ekzem an den Oberschenkeln im Schwinden.

Fall III.

Jahrgang 04/05, Journaln. 624.

Frau E. G., 35 Jahre alt, aus Pschwerdoken Kr. Rybnik.

Aufnahme den 16. II. 1905.

Entlassung den 16. III. 1905.

Diagnose: Fistula vesico-vaginalis.

Anamnese: Erste Menses mit 20 Jahren, regelmäßig alle 4 Wochen wiederkehrend, 8 Tage dauernd, sehr stark. Letzte Regel im April 1904. Seit 17 Jahren verheiratet, 11 Partus, letzter vor 3 Wochen; alle spontan bis auf den dritten, vierten und fünften. Die Wochenbette sämtlich fieberlos. Bald nach der letzten Geburt floß der Urin andauernd von selbst ab. Das Kind soll klein gewesen sein, und von der Hebamme in Steißlage herausgezogen worden sein.

Status praesens: An den Genitalien und den Oberschenkeln Ekzem. In der Portio 3 tiefe Narben, an die vordere schließt sich unmittelbar eine ziemlich große Fistel an, welche am Ende dieses Spaltes sich befindet, durch welche etwas Blasenschleimhaut ektropioniert ist, und von wo aus nach links zu eine kurze Grube in das Parametrium hineingeht, ohne daß dieselbe direkt mit der Blase kommunizierte. Urin: Cystitis.

Therapie: Sitzbäder, Salol, Fachinger, Blasenspülungen.

Operation am 24. II. 1904.

Dauer der Operation von 11^{30} Uhr bis 12 Uhr.

Operateur: Geheimrat Küstner.

Hervorziehen der Portio, Ablösen der Blase im Grunde des Cervixspaltes auf ungefähr 1 cm Ausdehnung, Umschneidung der Fistel vornherum. 4 Suturen (Draht). Dauerkatheter.

10. III. Nahtentfernung, Heilung pp. Patientin kann Urin halten und lassen.

16. III. Entlassungsbefund: Portio zerklüftet, Emmet rechts und links, letzterer bis tief ins Parametrium, Uterus noch vergrößert. Blasenscheidenfistel vollständig geschlossen. Urinlassen normal.

Am 26. VII. 1907 stellt sich Patientin wieder vor. Vor einem Jahre hat sie ein Kind gehabt, das 7 Monate gelebt hat. Den Urin kann sie vollkommen halten. Glatte kleine Narben an der Portio. Uterus anteflektiert.

Cystoskopisch neben dem linken Ureter eine längsgestellte weißliche Narbe.

Fall IV.

Jahrgang 05/06, Journaln. 122.

Frau H. K., 35 Jahre alt, aus Breschiene Kr. Gr.-Wartenberg.

Aufnahme den 5. IV. 1905.

Entlassung den 2. VI. 1905.

Diagnose: Fistula vesico-vaginalis.

Anamnese: Erste Menses mit 13 Jahren, regelmäßig, alle 4 Wochen wiederkehrend, 2—3 Tage dauernd, früher mittelstark, jetzt schwach. Letzte Regel vor 3 Tagen. Sie ist seit 2 Jahren verheiratet, hat 4 Partus durchgemacht, den letzten am 19. XI. 1904, spontan, Schädellage, Geburtsdauer 36 Stunden, das Kind lebt. Das Wochenbett war fieberlos. Sie konnte bald nach der Geburt des Kindes das Wasser nicht mehr halten, es lief ihr spontan ab.

Status praesens: Starkes Ekzem an den Genitalien und den Oberschenkeln. Gleich vor der Portio im vorderen Scheidengewölbe eine für 2 Finger bequem durchgängige scharfrandige Blasenscheidenfistel. Im Speculum sieht man in einer Größe von etwa 2 cm die Blasenschleimhaut prolabieren. Urin: Cystitis.

Therapie: Sitzbäder, Salol, Fachinger.

Operation am 1. V. 1905.

Dauer der Operation von 9^{45} Uhr bis 10^{20} Uhr.

Operateur: Geheimrat Küstner.

Große Fistel für 2 Finger durchgängig.

Abtrennung der Blase von der Portio. Umschneidung des unteren Fistelrandes, etwas schwierig ist dieselbe an beiden Ecken. 5 Nähte, 3 tiefe, 2 oberflächliche (Draht). Füllen der Blase mit sterilem Wasser, völlige Kontinenz. Dauerkatheter.

15. V. Entfernung der Nähte, Heilung pp.

2. VI. Entlassungsbefund: vollkommener Schluß der Fistel.

Fall V.

Jahrgang 05/06, Journaln. 124.

Frau L. St., 23 Jahre alt, aus Marklissa b. Lauban.

Aufnahme den 27. IV. 1905.

Entlassung den 3. VI. 1905.

Diagnose: Fistula vesico-vaginalis.

Anamnese: Als Kind hatte Patientin Masern, Diphtherie und Lungenentzündung. Erste Menses mit 17 Jahren, regelmäßig alle 4 Wochen wiederkehrend, 3—4 Tage dauernd. Letzte Regel vom 21.—24. IV. 05. Sie hat 2 Entbindungen durchgemacht, die letzte am 18. VII. 1904. Beide Entbindungen waren schwer; bei der ersten: Zange, lebendes Kind; bei der zweiten: Wendung, Extraktion, totes Kind. Wochenbetten o. B. Seit dem letzten Partus kann Patientin das Wasser nicht halten, es läuft von selbst ab, so daß Patientin fortwährend naß zwischen den Beinen ist, und starkes Jucken hat.

Status praesens: Ekzem an den Genitalien und Oberschenkeln. Dicht an der hinteren Kommissur einige furunkulöse Knoten. Großer fast totaler Dammspalt, Sphinkter teilweise erhalten. Uterus anteflektiert. Portio stark laceriert Dicht über der vorderen Muttermundslippe ist im vorderen Scheidengewölbe eine stecknadelkopfgroße Öffnung sichtbar, aus der beim Füllen der Blase mit Milch sich diese im Strahl ergießt. Urin o. B. Enges Becken.

Therapie: Sitzbäder, Spülungen, Urotropin, Fachinger.

Operation am 13. V. 1905.

Dauer der Operation von 10^{30} Uhr bis 11^{5} Uhr.

Operateur: Geheimrat Küstner.

Ungeheuer kleine vor der Portio liegende Fistel.

Umschneidung der Vaginalwand im Umkreise von etwa 1 cm Radius von der Fistel. Abschieben der Blase von der Portio. Die Wunde ist etwa 5 cm lang. 8 Nähte (Draht). Dauerkatheter.

31. V. Entlassungsbefund: vollständige Continentia urinae, nach 3 Wochen sollen die Nähte entfernt werden.

5. VIII. 1907. Patientin stellt sich zur Nachuntersuchung vor. Sie hat keinen Partus mehr gehabt. Den Urin kann sie bis einen halben Tag lang halten. Uterus anteflektiert. Vor der zerklüfteten vorderen Muttermundslippe ist eine ganz kleine quere Narbe zu tasten.

Cystoskopisch ist in der Blase irgend etwas, was auf eine Narbe schließen ließe, nicht zu erkennen. Die Ureteren befinden sich an den normalen Stellen.

Fall VI.

Jahrgang 05/06, Journaln. 622.

Fräulein L. M., 28 Jahr alt, aus Chaliczew.

Aufnahme den 10. I. 1906.

Entlassung den 6. II. 1906.

Diagnose: Fistula vesico-vaginalis.

Anamnese: Erste Menses mit 19 Jahren, stets regelmäßig, alle 4 Wochen wiederkehrend, 4—5 Tage dauernd. Letzte Regel im Herbst 1904. Anfang April 1905 eine Spontangeburt, 3 Tage dauernd, Kind tot. Angeblich keine innerliche Untersuchung. Wochenbett fieberhaft, Schüttelfröste. 5 Wochen krank. In den ersten 8 Tagen des Wochenbettes Schmerzen beim Wasserlassen, bis es dann zum Teil unwillkürlich abfloß. Die Inkontinenz besteht bis jetzt fort, bis jetzt auch keine Behandlung.

Status praesens: Ungefähr 2 cm hinter dem Urethrawulst beginnt ein fast für 2 Finger zugängiger Defekt der Vesico-Vaginalwand. Der Defekt geht bis zum Muttermund, so daß ein eigentlicher Muttermund überhaupt nicht getastet werden kann. Uterus klein, anteflektiert, dextroponiert. Die Blasenwand ist gerötet.

Urin: Cystitis.

Therapie: Sitzbäder, Spülungen der Blase und der Scheide, Fachinger, Salol.

Operation am 15. I. 1906.

Dauer der Operation von 9^{40} Uhr bis 10^{45} Uhr.

Operateur: Geheimrat Küstner.

Eine Portio ist nicht vorhanden; ganz rechts davon eine Fistel, die sehr groß, ungefähr für 2 Finger durchgängig, ist, nicht vorziehbar. Scheide ist recht eng. Die Fistelränder sind dünn und glatt.

Schuchardt-Schnitt links bis hinter das Rectum. Circumcision der Fistel nach unten zu weit im Bereiche der Scheidenschleimhaut, oben dagegen wird die dünne Stelle zwischen äußerem Muttermund und Fistelrand benützt. Diese Anfrischung läßt sich sehr weit auseinander ziehen, so daß sie sehr breit ist. Mit 3 Nähten wird die Fistel sodann geschlossen, doch stechen diese Nähte nicht im Bereiche der Scheidenschleimhaut, sondern im Bereiche der Wunde in den hinteren Partien aus. Deshalb werden noch eine Anzahl Nähte gelegt, mit denen die hintere Scheidenwand an die vordere gebracht wird. So liegen die 3 ersten Nähte mehr oder weniger verloren, können aber, da die Enden lang gelassen, entfernt werden. Im ganzen liegen 11 Drahtnähte, davon die meisten mit starkem Draht. Der

Schuchardt wird verloren in der Scheide mit Katgut, im Damm mit Draht genäht. Dauerkatheter.

17. I. Patientin liegt etwas naß.

25. I. Patientin liegt dauernd trocken, reaktionsloser Verlauf.

30. I. Entfernung der Schuchardt-Fäden und des Dauerkatheters.

5. II. Entfernung der Fistelfäden, Heilung pp.

6. II. Entlassungsbefund: glatte Narben am Damm und in der Scheide. Blase vollkommen kontinent.

Fall VII.

Jahrgang 05/06, Journaln. 650.

Frau F. K., 31 Jahre alt, aus Roßberg Kr. Beuthen.

Aufnahme den 21. I. 1906.

Entlassung den 20. II. 1906.

Diagnose: Fistula vesico-cervicalis.

Anamnese: Erste Menses mit 17 Jahren, stets regelmäßig, alle 4 Wochen wiederkehrend, 3—4 Tage dauernd, meist ohne Schmerzen. Seit der Verheiratung ist die Periode unregelmäßig und kürzer dauernd, jedoch ohne Beschwerden. Sie ist seit 13 Jahren verheiratet und hat 3 Entbindungen durchgemacht. Die erste 1894 war eine Steißlage, wobei ein Arzt zugegen war. Die zweite Entbindung 1898 leitete ebenfalls ein Arzt, es war auch eine Steißlage. Die dritte Entbindung war wiederum eine Steißlage und fand in Gegenwart eines Arztes statt. Dies war am 24. XII. 1905. Außerdem hat Patientin 5 Fehlgeburten gehabt. Seit der letzten Entbindung leidet sie an Urininkontinenz, die am 10. Wochenbetttage (am Tage des ersten Aufstehens) zum ersten Male auftrat. Bis auf einmaliges Katheterisieren sofort nach der Entbindung ließ Patientin den Urin spontan. Kein Fieber im Wochenbett, keine Schmerzen.

Status praesens: Vordere Muttermundslippe umgewandelt in einen Riß, der kontinuierlich in das vordere Scheidengewölbe übergeht und der gewissermaßen eine trichterförmige Einziehung darstellt. Aus dieser Einziehung entleert sich beim Anfüllen der Blase mit Milch solche, nachdem ca. 100—150 ccm eingefüllt sind. Die Milch fließt zuerst tropfenweise ab, sowie man jedoch mit einer Sonde eingeht, stürzt die Milch im Strahl hervor. Uterus anteflektiert, etwas vergrößert, linke Adnexe o. B., rechte deszendiert im Douglas, schmerzhaft.

Urin leichte Trübung, reagiert neutral, Spuren Albumen.

Therapie: Sitzbäder, Spülungen, Salol, Fachinger.

Operation am 30. I. 1906.
Dauer der Operation von 9^{50} Uhr bis 10^{50} Uhr.
Operateur: Geheimrat Küstner.

Eine genaue Revision ergibt, daß es sich um eine Blasencervixfistel handelt. Ein zum Teil verheilter Spalt der Portio vorn setzt sich zum Teil in die Fistel fort, welche in ihrer ganzen Größe leidlich sichtbar wird, nachdem durch einen quer über das vordere Scheidengewölbe verlaufenden Schnitt die Blase vom Uterus abgetrennt ist. Es gelingt wegen der Schwierigkeit der Verhältnisse und Zerreißlichkeit der Blase nur außerordentlich schwer und unvollkommen den oberen Winkel der Blasencervixfistel, welche einen deutlich longitudinalen Spalt darstellt, zu isolieren. Da jedoch die Blasenwand im übrigen recht gut und leicht mobilisiert ist, und am oberen Winkel ebenfalls mit Sicherheit eine Anfrischung erzielt ist, so wird zur Naht geschritten, wenn auch zur Anfrischung die Verhältnisse nicht ideal liegen. Die Blasenwand wird isoliert, mit Katgutfäden genäht und darüber in schräger, mehr longitudinaler Richtung der das vordere Scheidengewölbe quer spaltende Riß vernäht. 5 Nähte (Draht). Sehr schwere, verhältnismäßig lange dauernde Operation. Dauerkatheter.

31. I. Patientin liegt trocken.
1. II. Rechte Wade leichte Thrombosen; Prießnitz.
6. II. Patientin liegt dauernd trocken.
14. II. Fäden entfernt. Heilung pp.
15. II. Dauerkatheter entfernt. Blasenspülung.
16. II. Patientin verläßt das Bett. Völlige Kontinenz.
20. II. Sie wird bei völliger Kontinenz entlassen.

Patientin bemerkte bereits nach 14 Tagen, daß ihr Zustand wie vor der Operation war. Sie begab sich daher am 9. V. 1906 wieder in die Breslauer Frauenklinik, wurde jedoch damals nach eintägigem Aufenthalt wieder fortgeschickt und auf den Mai wieder bestellt. Patientin ist jetzt imstande, eine Stunde lang das Wasser zu halten, während dieser Zeit läuft jedoch auch durch die Scheide etwas Urin ab.

Status praesens: Uterus liegt anteflektiert, Portio ist zerklüftet. Unmittelbar vor der Portio im vorderen Scheidengewölbe ist eine Fistel zwischen Blase und Scheide, welche für Sonde „3“ passierbar ist, und aus welcher beim Anfüllen der Blase mit Milch sich dieselbe im Strahl entleert.

4. V. Cystoskopie gelingt nicht, auch nicht bei festem Ausstopfen der Scheide, weil doch die Flüssigkeit ziemlich rasch aus der Fistel ausfließt und die Blase nicht genügend entfaltet werden kann. Urin o. B.

Operation am 9. V. 1906.
Dauer der Operation von 9 Uhr bis 10^{20} Uhr.
Operateur: Geheimrat Küstner.

Vaginalportion ganz nach links hinten hinübergezogen. Vordere Lippe fehlt, hintere ebenfalls defekt.

Das Herabziehen der Portio gelingt nur auf unvollkommene Weise, nachdem dieselbe vollständig umschnitten ist. Eine Fistel war bisher nicht sichtbar, jedenfalls nicht im Bereiche des Scheidengewölbes. Nach Injektion von Milch in die Blase läuft diese durch die Cervix ab. Die sehr dünne Blase wird von der ebenfalls dünnen und defekten Cervix abgeschoben, so daß sie schließlich auf ca. 4 cm abpräpariert ist, wodurch der Spalt in der Cervix sichtbar wird, wie lang er ist, ist nicht zu eruieren, 1—2 cm können es sein. Durch sorgfältige Sondierung ist der Blasenschlitz zu ermitteln. Da die Blase in sehr großer Ausdehnung von der korrespondierenden Cervixfistel abgelöst ist, so kann mit Sicherheit angenommen werden, daß das korrespondierende Blasenloch bereits freigelegt ist. Man kapriziert sich nicht darauf, diesem Spalt nachzuspüren, um umfängliche Verletzungen der sehr dünnen Blase zu vermeiden. Deshalb wird, nachdem nochmals durch Milchinjektion diese Stelle nachgewiesen ist, wo das Blasenloch liegen muß, durch Nähte, welche die Bedeutung von Raffnähten haben, die Blasenwand vereinigt. Diese Nähte verschieben die Blasenfistel auf der Cervix derart, daß ein Korrespondieren des Loches in der Blase mit dem Loch in der Cervix nicht mehr stattfinden kann. Die Circumcisionswunde wird durch 12—15 Nähte geschlossen. Sehr mühsame, schwere Operation. Dauer 1 Stunde und 20 Minuten. Dauerkatheter.

Patientin liegt am Abend nach der Operation vollkommen trocken.

10. V. Patientin fühlt sich wohl, liegt trocken. Katheterwechsel.

27. V. Patientin klagt, nachdem sie bereits aufgestanden war, nach Entfernung des Dauerkatheters, über Schmerzen im Rücken. Keine Temperatursteigerung.

9. VI. 1906. Entlassungsbefund: Blase vollständig kontinent, alle 2 Stunden läßt Patientin Urin.

Cystoskopisch: noch starke Entzündungserscheinungen am Blasenboden; am Trigonum starkes bullöses Ödem, rechter Ureter ist zu Gesicht zu bringen, linker nicht infolge der oben beschriebenen Veränderungen, auch ist in der Gegend des linken Ureters die Blasenschleimhaut im ganzen etwas vorgewölbt und es befindet sich links am Blasenhals eine sehr stark injizierte bezw. vaskularisierte Schleimhautpartie.

21. III. 1907. Patientin stellt sich wieder vor. Sie hat keinen Partus mehr gehabt, ist völlig kontinent, die Menses sind regelmäßig.

Cystoskopisch sind keine Narben festzustellen.

Fall VIII.

Jahrgang 05/06, Journaln. 659.

Frau M. L., 37 Jahre alt, aus Fürstl. Langenau b. Katscher.

Aufnahme den 24. I. 1906.

Entlassung den 24. II. 1906.

Diagnose: Fistula vesico-cervicalis.

Anamnese: Erste Menses mit 19 Jahren, stets regelmäßig, alle 4 Wochen sich wiederholend, 8 Tage dauernd, nicht besonders stark, ohne Schmerzen. Letzte Regel vor 8 Tagen. Patientin ist seit 9 Jahren verheiratet und hat 6 Entbindungen durchgemacht. Die 5 ersten Geburten und Wochenbetten verliefen normal, 2 Kinder sind am Leben, 3 sind klein gestorben. Die letzte Entbindung war am 10. XI. 1901 und zwar war es eine eingekeilte Schulterlage, wobei eine Wendung mit daran anschließender Extraktion gemacht wurde. Das Kind kam tot zur Welt. Als der Arzt zu der Entbindung kam, konstatierte er „eingekeilte Schulterlage, überaus starke Wehen, nicht entleerte Blase". Im Wochenbett lief das Wasser von selbst ab, Patientin hatte keine Schmerzen.

Status praesens: Uterus liegt retroflektiert und ist etwas vergrößert. Portio lazeriert. Ein von links hinten nach rechts vorn die vordere Muttermundslippe spaltender Riß geht in seinem Verlauf in das vordere Scheidengewölbe über in eine für den Zeigefinger durchgängige scharfrandige Fistel.

Keine Blutungen, kein Fluor, kein Wundsein, kein Fieber. Urin o. B.

Therapie: Sitzbäder, Spülungen.

Operation am 5. II. 1906.

Dauer der Operation von 9^{35} Uhr bis 10^{10} Uhr.

Operateur: Geheimrat Küstner.

Längliche Blasencervixfistel, ein wenig links gelegen in einen vorderen Cervixspalt hineinreichend. Methode des Operateurs: Abtrennung des oberen Fistelrandes und des entsprechenden Blasenabschnittes von der Cervix von einem quer verlaufenden Schnitt aus. Von diesem Schnitt aus wird gleichzeitig der longitudinale Cervixrand etwas angefrischt und durch eine nach der Cervixwand geknüpften Naht (Draht) geschlossen. Darauf Bogenschnitt um den unteren Rand der Fistel herum. Ab-

präparieren der Blase von der Scheide und der Cervix. Auch im Bereiche dieser Naht von unten nach oben, ohne daß die Blasenwand besonders genäht wäre. 4 Drahtnähte vereinigen die Fistel bereits vollkommen, um der größeren Exaktheit willen werden noch 4—5 Drahtnähte in die Zwischenräume gelegt. Die Verschiebung der Blasencervixwand war eine sehr bedeutende, die Anfrischung mithin eine sehr breite und vorteilhafte. Dauerkatheter.

9. II. Patientin liegt trocken.

20. II. Entfernung der Fäden. Heilung pp.

24. II. Entlassungsbefund: Eine lineare etwas gewulstete nicht empfindliche Narbe ist an der Stelle der Anfrischung zu fühlen: Patientin ist vollkommen kontinent, sie hat keinerlei Beschwerden.

Fall IX.

Jahrgang 05/06, Journaln. 705.

Frau H. Sch., 30 Jahre alt, aus Posen.

Aufnahme den 20. II. 1906.

Entlassung den 18. III. 1906.

Diagnose: Fistula vesico-vaginalis.

Anamnese: Erste Regel hatte Patientin mit 15 Jahren, stets regelmäßig, alle 4 Wochen wiederkehrend, 3—4 Tage dauernd, schwach, wobei sie leichte Beschwerden hatte. Die letzte Regel war Mitte Februar 1905. Sie ist seit 4 Jahren verheiratet. Am 12. XI. 1905 wurde eine Entbindung in Narkose mit der Zange beendet, das Kind war tot. Den nächsten Tag stellte sich Harnträufeln ein. Das Wochenbett war fieberhaft. Sonst hatte sie noch 2 Aborte. Anfang Februar wurde in Posen eine Fisteloperation mit negativem Erfolg ausgeführt.

Status praesens: Dammspalt bis zum Rectum, der ziemlich frisch vernarbt ist, Funktion des Sphinkters ist erhalten. Portio lazeriert. In der Mitte des vorderen Scheidengewölbes besteht eine sondenfeine Fistel. Aus dieser Fistel fließt kontinuierlich beim Anfüllen der Blase mit Milch, die Milch im Strahle ab. Sonde „3“ passiert bequem die Fistel und der Sondenknopf ist mit einem in die Blase eingeführten Katheter als in der Blase liegend deutlich zu konstatieren.

Urin: Cystitis.

Therapie: Bäder, Blasenspülungen, Fachinger, Salol.

Operation am 24. II. 1906.

Dauer der Operation von 9^{55} Uhr bis 10^{20} Uhr.

Operateur: Geheimrat Küstner.

Es besteht eine Blasenscheidenfistel im vorderen Scheidengewölbe, die noch Sonde „4“ leicht passieren läßt. Die Fistel liegt in der Mitte einer quer verlaufenden Narbe, auf welche sich rechtwinklich Nahtrinnen aufsetzen, und welche ein Beweis zu sein scheint, daß die frühere Operation bereits nach der Methode der Breslauer Klinik erfolgt ist.

Es wird ohne Berücksichtigung der vorhandenen Narbe, fast im Bereiche der ganzen Portio, letztere von der Blase durch einen Querschnitt vorsichtig abgetrennt, dann unterhalb der Fistelöffnung in der Scheide der Bogenschnitt gemacht. Abtrennung der Scheide von der Blasenwand. Gewinnung einer sehr breiten Anfrischung. 3 tiefliegende starke Drahtnähte adaptieren bereits zur Genüge, jedoch zur Sicherheit werden noch 3 oberflächliche Drahtnähte hineingelegt. Dauerkatheter.

26. II. Patientin liegt trocken, Allgemeinbefinden befriedigend.

28. II. Katheter gewechselt, liegt dauernd trocken.

15. III. Entfernung der Fäden, Heilung etc.

17. III. Patientin steht auf, völlige Kontinenz.

18. III. Entlassungsbefund: Sie hat völlige Kontinenz.

Fall X.

Jahrgang 06/07, Journaln. 242.

Frau F. Gr., 30 Jahre alt, aus Kalisch.

Aufnahme den 6. VII. 1906.

Entlassung den 1. VIII. 1906.

Diagnose: Fistula vesico-vaginalis.

Anamnese: Patientin hatte mit 15 Jahren ihre erste Regel: dieselbe war stets regelmäßig, kehrte alle 4 Wochen wieder, dauerte 3—4 Tage, war mäßig stark und ohne Beschwerden. Die letzte Regel war vor der Gravidität.

Sie ist seit 8 Jahren verheiratet und hat 2 Kinder gehabt. Die erste Entbindung verlief spontan, das Kind starb. Bei der zweiten Entbindung wurde das Kind mit der Zange extrahiert, das Kind war tot. Die Geburt dauerte 12 Stunden. Diese letzte Entbindung fand vor 6 Wochen statt. Außerdem hatte sie vor einem Jahre einen Abort. Bis 3 Wochen nach der Geburt war das Wasserlassen schmerzhaft, dann ging der Urin unwillkürlich ab. Ein bei der Geburt entstandener Dammriß ist nicht genäht worden. Seit der Geburt des letzten Kindes bestehen Schmerzen und Schwellung im linken Fußgelenk.

Status praesens: Unmittelbar vor der Portio, etwas nach rechts von derselben, ist eine nischenförmige, teils narbig, teils fistulös sich anfühlende Einziehung. Beim Einstellen im Speculum

sieht man an dieser Stelle Granulationen. Es scheint fast, als ob an jener Stelle die Portio aus dem Scheidengewölbe durch einen Querschnitt ausgelöst wäre. Die Milch läuft beim Anfüllen der Blase im Strahle heraus. Sonde „4", welche abgebogen eingeführt wird, kommt in der Vagina aus der Fistelöffnung heraus. Die Fistel scheint gerade am bezw. am Beginn des Sphinkter zu sitzen. Uterus befindet sich in Mittelstellung, Corpus ist gegen Cervix anteflektiert.

Urin: o. B.

Therapie: Sitzbäder, Scheidenspülungen.

Operation am 11. VII. 1906.

Dauer der Operation von 8^{15} Uhr bis 8^{30} Uhr.

Operateur: Geheimrat Küstner.

Portio stark lazeriert, weist einen genau nach vorn gehenden Riß auf. Zwischen Portio und vorderem Scheidengewölbe, aber noch im Bereiche der Scheide, liegt eine, die Sonde „4" bequem zulassende Fistel. Eine genaue Revision ergibt (Einfüllen von Milch in die Blase), daß eine andere nicht besteht, dies also die einzige Fistel ist.

Typische Abtrennung der Portio mit Querschnitt, Umschneidung der Fistel mit Bogenschnitt, Vereinigung durch 5 Drahtnähte. Dauerkatheter.

14. VII. Katheter läuft gut. Patientin liegt trocken.

24. VII. Dauerkatheter entfernt, Fäden gezogen, Heilung pp.

30. VII. Patientin klagt über Harnträufeln, die Milchprobe fällt negativ aus.

31. VII. Entlassungsbefund: Die Blase ist vollkommen kontinent.

Fall XI.

Jahrgang 06/07, Journaln. 512.

Frau J. G., 45 Jahre alt, aus Smascew, Ruß.-Polen.

Aufnahme den 12. XI. 1906.

Entlassung den 18. XII. 1906.

Diagnose: Fistula vesico-vaginalis.

Anamnese: Wann Patientin die erste Regel gehabt hat, weiß sie nicht, jedoch ist dieselbe stets regelmäßig gewesen, ist alle 4 Wochen wiedergekommen und hat 2—3 Tage gedauert, immer beschwerdefrei. Seit 20 Jahren ist Frau G. verheiratet. Sie hat 11 Entbindungen durchgemacht, die immer schwer waren, aber nie war ein Arzt zugegen. 4 Kinder leben. Die Wochenbetten waren oft fieberhaft. Die letzte Entbindung fand vor 4 Wochen statt; es handelte sich um eine Schädellage. Die Geburt dauerte 3 Tage, das Kind war tot. Die letzte Stunde

vor der Entbindung hatte Patientin schon kein Kindsleben mehr gespürt. Gleich nach der Entbindung bemerkte sie, daß sie dauernd naß lag. Aufgestanden ist Patientin am 3. Wochenbettstage, es soll aber 14 Tage lang Fieber bestanden haben.

Status praesens: Introitus, Labien und Innenseite der Oberschenkel mäßig gerötet. Ca. 2 cm vom Introitus in der vorderen Columma eine für einen Finger bequem zugängliche Fistel, die in die Blase führt, möglicherweise zum Teil auch die Urethra und den Sphinkter vesicae mit betrifft. Von der Fistelöffnung aus fühlt man nach vorn und hinten eine Längsnarbe. Die Portio ist zerklüftet, die Cervix sehr kurz, Uterus ca. faustgroß, gut involviert, anteflektiert, Cervixkanal ist geschlossen.

Im Urinsediment mäßig viel Leukocyten, keine Zylinder.

Therapie: Sitzbäder, tägliche Blasenspülungen mit argentum nitricum. Am 13. und 14. XI. je zweimal 2 Pillen Coruntin, da der Uterus noch etwas groß ist.

Operation am 23. XI. 1906.

Dauer der Operation von 9^{55} Uhr bis 10^{20} Uhr.

Operateur: Geheimrat Küstner.

Ungeheuer zerrissene Vaginalportion, seitlich 4—5 Risse. In eine nach vorn gelegene scheint die Blasenscheidenfistel, die wesentlich eine Längsspalte ist, zu münden.

Umschneidung der Fistel in der üblichen Weise, wobei besonders Wert darauf gelegt wird, daß der obere Rand von der Portio breit abgetrennt wird. Nachdem genügend mobilisiert ist, und ein 1—2 cm breiter Wundrand konstruiert ist, wird sie sagital durch 2 tiefe und 2 oberflächliche Nähte gefaßt. Die Nähte fassen die Blasenschleimhaut nicht mit. Dauerkatheter.

Abends am Operationstage: Temperatur und Puls normal, Katheter läuft gut, Urin ist blutig, Patientin liegt trocken.

24. XI. Allgemeinbefinden gut, Patientin liegt dauernd trocken.

30. XI. Patientin liegt trocken. Tägliche Urinmengen 3000 bis 3500 ccm, nicht mehr blutig, wenig trübe.

2. XII. Patientin hat seit heut Nacht ihre Periode, die sehr stark ist. Allgemeinbefinden leicht gestört. Gegen Abend soll die Blutung aus den Genitalien stärker geworden sein; um 9 Uhr abends Erbrechen. Der um $9\frac{1}{2}$ Uhr wegen der starken Blutung gerufene Arzt konnte feststellen, daß aus der Vagina zurzeit mäßige Blutung bestand, aus der Blase durch den Katheter zum großen Teil mit Blut gemischter Urin fließt. Vorsichtige Untersuchung per vaginam uno digito zeigt, daß der Muttermund klafft, auch der innere Muttermund offen ist.

Eine Kommunikation mit der Blase ist nicht festzustellen. 2 Spritzen Cornutin. Durch einen frisch eingeführten Katheter fließt wieder reichlich mit Blut gemischter Urin ab. Puls 96.

3. XII. Keine Temperaturerhöhung. Allgemeinbefinden gut, Puls 84. Aus der Vagina geringer Blutabgang. Urin ist reichlich mit Blut gemischt. Patientin liegt naß.

4. XII. Seit Mittag ist der Urin wieder vollkommen blutfrei. Patientin liegt trocken. Die Urinmenge per Katheter ist auch schon wesentlich gestiegen, sonstiges Befinden gut.

6. XII. Patientin liegt vollkommen trocken. Urin ohne Blutbeimengungen, fast vollkommen klar. Urinmenge: 3500 ccm. Temperatur: 37,5 °. Allgemeinbefinden gut.

10. XII. Fäden gezogen, Heilung pp. Patientin ist vollkommen kontinent, Urin leicht trübe. Täglich Blasenspülungen mit argentum nitricum.

15. XII. Patientin ist außer Bett. Temperatur normal.

17. XII. Wohlbefinden; Urin kann vollständig gehalten werden. Urin ist klar.

18. XII. Entlassungsbefund: Von links vorn nach rechts hinten verläuft in der vorderen Scheidenwand eine 2—3 cm lange feste Narbe. Die stark zerklüftete Portio liegt unmittelbar an der Fistelnarbe. Urin ist klar.

31. XII. 1907. Der in der Heimat sie behandelnde Arzt schreibt, da Patientin sich nicht selbst vorstellen kann: „Patientin ist jetzt ganz geheilt und arbeitsfähig."

Fall XII.

Jahrgang 07/08, Journaln. 221.

Frau E. B., 26 Jahre alt, aus Baschleben.

Aufnahme den 8. VI. 1907.

Entlassung den 6. VII. 1907.

Diagnose: Fistula vesico-vaginalis.

Anamnese: Die erste Regel hatte Patientin mit 20 Jahren; dieselbe war stets regelmäßig, alle 3 Wochen wiederkehrend, 2—3 Tage dauernd, mit mäßigen Schmerzen verbunden, mäßiger Blutverlust. Nach der letzten Entbindung noch kein erneutes Einsetzen der Regel. Patientin ist seit 3 Jahren verheiratet und hat 2 Entbindungen durchgemacht. Die erste Entbindung verlief normal, bei der zweiten, die am 15. IV. 1907 stattfand, wurde der vorangehende Kopf perforiert und das Kind extrahiert. Das Wochenbett verlief fieberlos. Patientin merkte in der 4. Woche nach der Entbindung, daß der Urin durch die Scheide von selbst abfloß.

Status praesens: Uterus anteflektiert, Adnexe o. B. Kurz vor der Portio vaginalis fühlt man in der vorderen Scheidenwand einen etwa linsengroßen Defekt, der anscheinend eine Kommunikation mit der Blase darstellt. Vorn und links seitlich ein kleiner emmetcher Riß. Führt man durch den vorher beschriebenen Defekt und durch die Urethra je eine Sonde, so fühlt man den Metallkontakt in der Blase.

Urin frei von Zucker, Spuren Albumen.

Therapie: Sitzbäder, Scheiden- und Blasenspülungen.

Operation am 15. VI. 1907.

Dauer der Operation von 9^{45} Uhr bis 10^{35} Uhr.

Operateur: Geheimrat Küstner.

Uterus anteflektiert. Lochförmige Fistel, mindestens 6 mm im Durchmesser, welche nach hinten zu in eine Narbe verläuft, die ihrerseits in einen den äußeren Muttermund vorn durchsetzenden Spalt ausgeht.

Typische Küstner-Wolkowitsch-Methode. 7 Drahtnähte, davon 3 dicke, welche ihrerseits genügt hätten. Dauerkatheter.

2. VII. Drähte entfernt. Dauerkatheter noch auf 24 Stunden.

3. VII. Dauerkatheter entfernt, Patientin liegt trocken.

6. VII. Entlassungsbefund: Bei der Untersuchung zeigt sich, daß in dem linken Seitenende der Narbe sich noch eine Drahtnaht befindet. Entfernung derselben. Glatte quer verlaufende Narbe. Patientin kann den Urin gut halten, kein Ausfluß durch die Vagina.

18. VIII. 1907. Patientin schreibt, da sie zurzeit nicht persönlich zur Nachuntersuchung kommen kann: „Kann nur kund tun, daß ich mir ganz wohl und munter und trocken fühle."

Dies die zwölf Krankengeschichten.

Der besseren Übersicht wegen habe ich dieselben nach den Hauptgesichtspunkten geordnet, in folgende Tabelle gebracht.

Um zunächst das Wichtigste aus der Ätiologie der Blasenfisteln hier kurz zu betonen, so sehen wir auch hier aus den Krankengeschichten, daß es hauptsächlich Frauen vom Lande, aus Oberschlesien, Russisch-Polen sind, die das Hauptkontingent der Blasenscheidenfistelkranken stellen. „Warschau, Krakau, Wien, Breslau sind die Städte, wohin sich die Fistelkranken am meisten wenden. Wer hier Gynäkologe ist, sammelt in wenigen Jahren mehr Erfahrung,

als andere in der ganzen Lebenszeit.“ Fritsch hat in Breslau in 10 Jahren über 200 Fisteln operiert und Küstner hat in den ersten 7 Jahren seiner Breslauer Tätigkeit auch über 100 Fisteln operiert und kann auch in den letzten Jahren einen Frequenzrückgang nicht konstatieren. Dies geschieht darum, weil in jenen Gegenden im Osten Ärzte und Hebammen einmal noch schwer zu erreichen sind, oder „diese wenig intelligente, mißtrauische Bevölkerung sehr ungern den Arzt ruft und Pfuscherinnen, deren einzige geburtshilfliche Kunstfertigkeit im Teekochen, Klystiergeben, höchstens im Abbinden der Nabelschnur besteht, mehr vertraut“. So dauern die Geburten oft Tage lang und die Folge davon ist, zumal wenn sich noch andere schädigende Momente dazugesellen, z. B. enges Becken, daß die zwischen vorliegendem Teil und Symphyse lange Zeit eingeklemmten Weichteile der Blutzufuhr beraubt und nekrotisch werden. Es vergehen dann einige Tage nach der Geburt bis die gequetschte Partie dem gangränösen Zerfall anheimgefallen ist und eine Kommunikation zwischen Blase und Scheide, bezw. Cervix entstanden ist. Wird der Urin nicht entleert und wird nicht katheterisiert, so beschleunigt der starke Innendruck die Lösung der Gangrän. Ist die Blase bei der Geburt direkt zerrissen, so läuft der Urin natürlich sofort ab. Sieben Frauen von unseren zwölf Patientinnen haben bald nach der Entbindung bemerkt, daß der Urin spontan abfloß, bei den fünf anderen waren acht Tage bis vier Wochen vergangen, ehe die Symptome der Fistel vorhanden waren. So waren Fisteln von der Größe eines Stecknadelkopfes bis zur Durchgängigkeit für zwei Finger entstanden. Alle diese Fisteln wurden nach der Methode Küstner-Wolkowitsch, d. h. durch plastische Verwendung der vorderen Cervixwand nach Umschneidung und Mobilisierung und nach Anfrischung der Fistel, zur Deckung des Blasendefekts operiert, und zwar alle mit Erfolg operiert.

Wenn ich das Verfahren bei dieser Operation schildern soll, so tue ich es wohl am besten mit den eigenen Worten Küstners: „Man zieht die Portio mit Hakenzangen nach

Laufende Nummer	Alter d. Pat. (Jahre)	Woher	Ursache der Verletzung	Art der Verletzung	Dimension der Fistel	Wann bemerkte sie die Patientin
1.	32	Protsch	Uterusruptur	fistula vesico-vaginalis	für Fingerkuppe zugänglich	sofort p. Partum
2.	34	Russisch-Polen	7. Geburt, 3 Tage ohne Arzt	duo fistulae ves.-vag.	für Sonde 2 für Sonde 3	8 Tage p. P.
3.	35	Pschnerdocke Kreis Rybnik	11. Geburt, Steißlage, ohne Arzt	f. ves.-vag.	?	sofort p. P.
4.	35	Breschiene Kreis Gr.-Wartenberg	4. Geburt, 36 Stunden	f. ves.-vag.	für 2 Finger bequem	sofort p. P.
5.	23	Marklissa bei Lauban	2. Geburt, Wendung, Extraktion	f. ves.-vag.	stecknadelkopfgroß	sofort p. P.
6.	28	Chwaliczew Kreis Adelnau	1. Geburt, 3 Tage ohne Arzt	f. ves.-vag.	für 2 Finger	8 Tage p. P.
7.	31	Roßberg Kreis Beuthen	3. Geburt, Steißlage, Extraktion	f. ves.-cervic.	ziemlich groß für Sonde 3	10 Tage p. P.
8.	37	Frstl. Langenau bei Katscher	6. Geburt, eingekeilte Schulterlage	f. ves.-cervic.	für Zeigefinger	sofort p. P.
9.	30	Posen	1. Geburt, Zange	f. ves.-vag.	für Sonde 4	1 Tag p. P.
10.	30	Kalisch	2. Geburt, Zange	f. ves.-vag.	für Sonde 4	3 Wochen p. P.
11.	25	Smascew (Rußland)	11. Geburt, 8 Tage Schädellage	f. ves.-vag.	für einen Finger	sofort p. P.
12.	26	Baschleben	2. Geburt, Perforation	f. ves.-vag.	3 mm	4 Wochen p. P.

Wie lange vor der Operation in der Klinik	Operations-methode	Dauer der Operation	Dauer der Heilung	Späterer Befund.
10 Tage	Küstner-Wolkowitsch	45 Min. 1 Std. 25 Min.	28 Tage	—
7 Tage	K.-W. isolierte Blasennaht	25 Min.	18 Tage	—
8 Tage	K.-W.	40 Min.	20 Tage	Noch 1 Kind Ut. antefl. a. d. Portio kl. Narbe. Cystos. neben l. Ureter eine Narbe.
26 Tage	K.-W.	35 Min.	33 Tage	—
16 Tage	K.-W.	25 Min.	18 Tage	Uterus antefl. vor vorderer Muttermundslippe kleine Narbe. Cystosk. nihil.
5 Tage	K.-W. Schuchardt	65 Min.	22 Tage	—
9 Tage 6 Tage	K.-W. 2mal Blase isoliert genäht	60 Min. 1 Std. 20 Min.	21 Tage 30 Tage	Kein Kind, keine Beschwerden, cystoskopisch keine Narben.
12 Tage	K.-W.	35 Min.	19 Tage	—
4 Tage	K.-W.	25 Min.	22 Tage	—
5 Tage	K.-W.	15 Min.	20 Tage	—
11 Tage	K.-W.	25 Min.	25 Tage	Pat. ist ganz geheilt und arbeitsfähig.
7 Tage	K.-W.	50 Min.	21 Tage	Fühlt sich munter, gesund und trocken.

unten oder fixiert sie wenigstens mit einer solchen, wenn Narbenbildung in der Vagina eine Dislokation nicht gestattet, und führt hart vor derselben einen Querschnitt, als wenn man die Totalexstirpation des Uterus oder eine vordere Kolpotomie machen wollte. Von den Enden dieses Schnittes aus führt man einen zweiten Schnitt nach unten um die Fistel herum. Jetzt beginnt man von dem ersten Schnitt die cervicale Partie des Uterus in beträchtlicher Ausdehnung abzulösen, doch nicht so weit, daß man die vordere Plica peritonei eröffnet; alsdann vertieft und verbreitert man durch Gewebsspaltung, natürlich ohne die Blasenwand zu perforieren, den zweiten Schnitt so, daß zum mindesten eine 1 cm breite Wunde entsteht. Darauf näht man die großen Wundflächen aufeinander."

Bieten sich bei der Operation besondere Schwierigkeiten, so müssen diese natürlich durch besondere Operationen beseitigt werden. Als solche bezeichnet Küstner:

„1. Das Auslösen bezw. das Durchschneiden von Narben, welche die Fistel fixieren (Fall I).

2. Falls die Portio durch Ablösen von der Blase und Ausschneiden von Narben an Herunterziehbarkeit noch nicht genügend gewinnt, vollständige Circumcision derselben ev. mit Eröffnung des hinteren Douglas (Fall X).

3. Wenn das Operationsterrain nicht klar genug zu Tage liegt, ausgiebiger Schuchardtscher Hilfsschnitt (Fall VI)."

Vor der Operation werden die Patientinnen je nach dem Zustande, in dem sie die Klinik aufsuchen, längere oder kürzere Zeit mit Sitzbädern, Ausspülungen der Scheide, bei bestehender Cystitis der Blase mit Borwasser, Trinken von Fachinger, Einnehmen von Urotropin, Salol behandelt. Im Durchschnitt genügten 10 Tage um die Patientinnen in einen operationsfähigen Zustand zu bringen.

Die Narkosen wurden alle mit Äther ausgeführt.

Das Auffallende bei der Methode Küstner-Wolkowitsch ist, daß sich noch vor Anlegung der Naht die angefrischten Ränder der Fistel von selbst aneinander legen, so daß bei

tiefem Durchgreifen der Nähte oft nur eine Schicht von Nähten nötig war.

Eine isolierte Blasennaht machte Küstner in drei Fällen, und zwar in den Fällen, wo die Fistel recht groß war. Thomson, der auch einige Blasenscheidenfisteln nach Küstner-Wolkowitsch operiert hat und diese Operation als „Operation der Wahl" bezeichnet, hat stets die isolierte Blasennaht gemacht. Er glaubt dies sichere noch mehr die Heilung und schließe spätere Komplikationen von seiten der Blase aus. Rothe hält die isolierte Blasennaht für unwesentlich, weil bei dem guten Aneinanderlegen der Wundränder ein allmähliges Zugranulieren stattfindet. Ich möchte mich hier der Ansicht Rothes anschließen, hat Küstner doch auch recht große Fisteln, ohne die Blase isoliert zu nähen, mit Erfolg operiert, und wie wir später noch sehen werden, ist auch im cystoskopischen Bild später oft kein Unterschied zu erkennen, ob die Blase isoliert oder nicht genäht worden ist.

Wenn Küstner die Blasennaht macht, benützt er dazu Katgut, während er für die übrigen Nähte Draht und zwar feinen Bronzedraht bevorzugt. Noch nie ist Veranlassung gewesen mit diesem Nahtmaterial unzufrieden zu sein. Es sind die Ansichten über das Nahtmaterial bei den verschiedenen Operateuren recht verschieden. Der eine bevorzugt Seide, der andere Silkwormgut, ein anderer wieder Katgut, und auch Metalldraht wird, wie wir sehen, als Nahtmaterial benützt. Marion Sims, Neugebauer und eine ganze Anzahl älterer Operateure wendeten nur Silberdraht an und stets zeigte sich, daß Heilung ohne jede Eiterbildung eintrat.

Die Seide hat den Nachteil, daß es stets zu einer Eiterung der Stichkanäle kommt, wenn auch die Eiterung nur gering ist, so ist sie doch unangenehm und die Fäden müssen zeitig entfernt werden. Es besteht so die Gefahr, daß die Wundränder, die noch nicht fest verheilt waren, durch irgend einen unvorhergesehenen Umstand wieder auseinander gehen. Und ferner, wenn die Fadenschlingen

einmal die Blasenschleimhaut mit gefaßt haben sollten, so besteht die Gefahr, daß sich der in der Blase liegende Teil der Seide mit Harnsalzen inkrustiert und so Veranlassung zur Bildung von Blasensteinen gibt: oder versenkte Seidennähte wandern in die Blase ein und bilden dann den Kern zu Blasensteinen.

Silkwormfäden sind zu kurz und zu ungleichmäßig, was ihre Haltbarkeit anbetrifft. Bei Nähten in der Tiefe gelingt es oft nicht die Fäden so fest zu fassen, daß sich feste Knoten knüpfen lassen und während man bei dem einen Faden stark anziehen kann, genügt bei dem nächsten derselbe Zug um ihn zu zerreißen. Es muß dann ein neuer Faden durchgeführt werden, wodurch das Gewebe wieder noch geschädigt wird.

Katgut hat auch seine Nachteile, wenigstens in der Scheide. Hier kann es vorkommen, daß es zu schnell resorbiert wird; die Nähte lockern sich durch den Einfluß des Scheidensekrets und die Wundränder weichen wieder voneinander.

Die Nachteile der Drahtnaht bestehen nach Fritsch darin, daß sich der Draht nicht so innig an das Nadelöhr anschmiegt und infolgedessen beim Durchziehen durch das Gewebe größere Löcher zurückläßt als dies bei schmiegsamerem, weichem Nahtmaterial der Fall ist. Doch das scheint mir kein Grund zu sein, den Draht zu verwerfen, denn auch in äußerst dürftigem, zerreißlichem Gewebe hat Küstner Drahtnähte gemacht, und die jedesmal eingetretene prompte Heilung ist wohl der beste Beweis dafür, daß der von Fritsch angeführte Grund nicht von sehr großer Bedeutung ist.

Wenn sollen nun die Nähte entfernt werden?

Einige Operateure sind der Meinung, wenn die Fistel nicht in 5—6 Tagen geheilt ist, heilt sie überhaupt nicht. Die Fäden sollen nicht länger liegen bleiben, weil die Stichkanäle vereitern. Dies ist allerdings hauptsächlich nur bei der Seide der Fall. Küstner ist der Meinung, daß sich Fistelchen, die durch etwaiges Durchschneiden der einen oder anderen

Naht entstehen, sich nachher ohne jede Therapie von selbst schließen, jedenfalls besser als Fisteln, die durch Wiederaufreißen der Wunde entstanden sind, falls die Fäden zu früh entfernt worden sind. Er entfernt sie deshalb nicht vor dem 14. Tag und hat damit immer gute Resultate erzielt.

Für die prompte Heilung einer Blasenfistel ist ferner von großer Bedeutung, daß nach der Operation dafür gesorgt wird, daß die Wunde nicht die geringste Spannung erfährt. Dies geschieht am vollkommensten durch permanente Leere der Blase mindestens während der nächsten 10 Tage. Zu diesem Zweck führt Küstner stets den Dauerkatheter ein, und zwar benützt er einen Dauerkatheter aus Glas, der am Mons veneris mit Heftpflasterstreifen befestigt wird. An den Glaskatheter wird ein Gummischlauch angebracht, der in das Gefäß führt, in das der Urin ablaufen kann. Wenn der Katheter richtig eingeführt ist und richtig in der Blase liegt, so insultiert er nur sehr wenig oder gar nicht die Blasenschleimhaut. Sollte er sich einmal verstopfen, so ist er leicht entfernt, gesäubert und wieder eingeführt. Das Verstopfen des Katheters wird naturgemäß um so weniger stattfinden, je gründlicher vor der Operation eine etwa bestehende Cystitis beseitigt ist. Und daß bei Blasengenitalfisteln oft eine Cystitis besteht, das zeigen uns auch unsere Krankengeschichten. Es wird deshalb großer Wert darauf gelegt, die Cystitis auf das energischste zu bekämpfen. Es ist dies überhaupt ein Moment, welches nicht zu unterschätzen ist und die Erfolge, die Küstner zu verzeichnen hat, hängen wohl nicht zum geringsten damit zusammen, daß er eben nur operiert, wenn eine gründliche Behandlung der Cystitis der Operation vorangegangen ist.

Wolkowitsch führt zur Erzielung von permanenter Blasenleere stets den hohen Steinschnitt aus. Küstner hat ihn bis jetzt nicht nötig gehabt auszuführen. Der Verweilkatheter ist ja natürlich ein bedeutend einfacheres Verfahren und für den Operateur als auch für die Patientinnen ungleich angenehmer als die sectio alta.

Nach der Operation bekommen die Patientinnen Fachinger Wasser in großer Menge zu trinken, nicht als ob das Fachinger als Spezifikum wirken sollte, sondern weil es von den Frauen gern getrunken wird. Es handelt sich hauptsächlich um die Menge, mit der die Blase durchspült wird. Nebenher erhalten die Patientinnen Urotropin.

Kommen wir nun zum Schluß der Krankengeschichten, so sehen wir, daß der Heilverlauf stets ein günstiger war und der Erfolg kaum etwas zu wünschen übrig ließ. Wir erfahren von allen Frauen, von denen Nachricht zu erhalten war, daß es ihnen gut geht. Im Fall III hat die Frau ein und ein halbes Jahr nach der Operation ein Kind gehabt, welches sieben Monate gelebt hat. Den Urin kann sie vollständig halten. Der Uterus steht bei ihr anteflektiert; an der Portio ist eine glatte kleine Narbe. Bei der Frau von Fall V steht der Uterus ebenfalls anteflektiert; an der vorderen Muttermundslippe ist eine ganz kleine quere Narbe zu tasten, den Urin kann sie bis einen halben Tag lang halten. Sie hat keinen Partus mehr gehabt; Patientin X hat ebenfalls keinen Partus mehr gehabt, die Menses waren regelmäßig, bei der Kohabitation hat sie nie Beschwerden, den Urin kann sie völlig halten. Im Fall XI schreibt der Arzt, der die Patientin zur Operation geschickt hat, daß sie jetzt ganz geheilt und arbeitsfähig ist, und im Fall XII berichtet die Patientin dasselbe.

Ich möchte hier auch noch kurz von den Frauen berichten, deren Krankengeschichten schon veröffentlicht sind, und von denen Rothe Gelegenheit hatte, drei nachzuuntersuchen. Die eine von den Frauen befand sich im achten Monat der Gravidität, die Portio stand noch etwas tief und vorn, doch war die Abweichung von den normalen Verhältnissen keine so große, daß größere Schwierigkeiten bei der Geburt zu erwarten gewesen wären. Die Ergebnisse der Nachuntersuchung der beiden anderen Frauen will ich später wiedergeben.

Küstner selbst berichtete in der Sitzung der Gynäkologischen Gesellschaft Breslau am 28. Mai 1907 von

einem Fall — Frau C. K. aus Rußland — bei der er am 16. November 1903 die Fisteloperation nach seiner Methode ausgeführt hatte. Diese Frau war schwanger geworden, sie suchte die Klinik auf und am 12. Mai 1907 wurde die klassische Sectio caesarea gemacht. Das Kind lebte, die Konvaleszenz war vollkommen glatt. Wir sehen also, daß die Methode Küstner-Wolkowitsch eine Operation ist, bei der die Verhältnisse nachher annähernd so normal liegen, daß die Möglichkeit einer Kohabitation, einer Schwangerschaft und Geburt erhalten bleibt. (Thomson).

Durch eine spätere Geburt kann natürlich der Erfolg einer mühsamen Operation mit einem Schlage vernichtet werden, doch da sind der künstliche Abort und der Kaiserschnitt Mittel, um dieser Gefahr zu begegnen. Bei der von Freund angegebenen Operationsmethode ist eine spätere Geburt von vornherein ausgeschlossen, und das Geschlechtsleben der Frau wird durch den umgestülpten Uterus, der nach kürzerer oder längerer Zeit eintretenden Cessatio mensium derart beeinflußt, daß die Freundsche Methode eben nur dort angewendet werden sollte, wo andere Methoden versagen, oder völlig aussichtslos sind.

Die Stellung des Uterus nach der Operation nach Küstner-Wolkowitsch ist naturgemäß eine veränderte, insofern, als er tiefer steht. Ja nach der Operation ausgedehnter Fisteln kann die Portio dicht hinter dem Introitus stehen. Daraus resultiert, daß die normale Anteversio-Flexio des Uterus aufgehoben wird. Die Blase steht nun nicht mehr unter, sondern vor dem Uterus, und es bedarf jetzt nur noch geringer Noxen, um aus der Anteversio eine Retroversio zu machen. Daß dies jedoch nicht so oft eintritt, als man glauben möchte, lehren uns auch unsere Krankengeschichten, resp. die Nachuntersuchungen, die Hannes ausgeführt hat. Er fand nämlich bisher bei drei Frauen eine Retroversio-Flexio, davon jedoch hatten zwei schon vor der Operation diese Lageanomalie des Uterus.

Interessant und wertvoll sind auch die Mitteilungen, die Hannes auf der 79. Versammlung Deutscher Ärzte und

Naturforscher in Dresden 1907 über cystoskopische Befunde bei Blasenfisteloperierten gemacht hat. Er hatte Gelegenheit, von den 31 Frauen, bei denen bis jetzt in der Breslauer Klinik die Fisteloperation nach Küstner-Wolkowitsch ausgeführt wurde, acht cystoskopisch zu untersuchen und fand „stets mehr oder weniger breite, flächenhafte, oft strahlenförmige, intensiv weißglänzende Narben in der Blasenschleimhaut, welche durchaus den Eindruck machten, daß sich die Kontinuität in der Blasenwandung wiederhergestellt hatte durch Granulationsheilung und keineswegs durch Prima intentio".

Dazu gehören drei von den zwölf von mir veröffentlichten Kranken. Im Fall III war am 26. Juli 1907, also nach drei Jahren und fünf Monaten, neben dem linken Ureter eine längsgestellte weißliche Narbe zu sehen. Im Fall V ist nach zwei Jahren und drei Monaten überhaupt nichts von einer Narbe in der Blasenschleimhaut zu sehen. Hier handelte es sich allerdings um eine sehr kleine Fistel. Bei Fall VII, wo die Blasenwand zweimal isoliert genäht wurde, ist am Entlassungstage, vier Wochen nach der Operation, folgender cystoskopischer Befund: „Noch starke Entzündungserscheinungen am Blasenboden; am Trigonum starkes bullöses Ödem, rechter Ureter ist zu Gesicht zu bringen, linker nicht, infolge der oben beschriebenen Veränderungen; auch ist in der Gegend des linken Ureters die Blasenschleimhaut im ganzen etwas vorgewölbt, und es befindet sich links am Blasenhals eine sehr stark injizierte bezw. vaskularisierte Schleimhautpartie." Nach vierzehn Monaten ist mit dem Cystoskop keine Narbe mehr festzustellen bezw. aufzufinden.

So sehen wir einmal eine Fistel, die ohne Blasennaht geschlossen ist, bei der cystoskopisch keine Narbe zu explorieren ist, und eine Fistel, bei der die Blasennaht sogar zweimal gemacht ist, und hier ist ebenfalls keine Narbe zu sehen.

Der Vollständigkeit halber, will ich auch hier die cystoskopischen Blasenbefunde wiedergeben, die Rothe

aufgenommen hat. Er untersuchte Frau H., die am 16. Dezember 1901 operiert war, drei Jahre nach der Operation und fand: „Blase faßt ohne Spannungsgefühl 250 ccm. Links dicht am inneren Sphinkter eine Niesche, die durch die neben ihr beginnende Narbe von der linken Blasenseite getrennt wird. In der Niesche drei Luftblasen, die nachher zusammenfließen. Die Narbe setzt sich flächenhaft, weißglänzend und gefäßlos bis ungefähr zur Blasenmitte fort.“ Bei Frau Br. war am 15. März 1904 — die Operation hatte am 9. April 1902 stattgefunden — folgender Befund: „An der unteren Blasenwand ist noch im Bereich des inneren Sphinkters eine trichterförmige Einziehung, in deren Grunde eine kleine viereckige mit einem Querwulst versehene Fläche sichtbar ist. Die ganze Partie ist nicht bei auffallendem Licht sichtbar zu machen, sondern nur durchleuchtet. Der Ureter ist unmittelbar hinter dem Sphinkter.“ Bei einer dritten untersuchten Frau war in der Blase keine Narbe aufzufinden.

Ferner hat Hannes gefunden, daß die Narben in der Blase sich stets unmittelbar in der Nähe der einen Uretermündung zeigten, — ich spreche hier nicht von den speziell von mir veröffentlichten Fällen, sondern von sämtlichen von Hannes nachuntersuchten Blasenfisteloperierten. — Wenn nun die Blase isoliert submukös genäht wird, so ist es doch leicht möglich, „daß so eine submukös gelegte Blasennaht den Ureter bei seinem Durchtritt durch die Blasenwand mitfassen, sein Lumen verengen und verzerren, so zu einer Stauung, zu einer Nahtlockerung und eventuell zu einer Harninfiltration Veranlassung geben kann.“ Danach wäre also die isolierte Blasennaht nicht nur nicht nötig, sondern sogar kontraindiziert.

Im Bereiche der Narbe war es in vier Fällen zur Divertikelbildung gekommen, jedoch niemals konnte eine Tendenz zur Concrementbildung gefunden werden: daß es zur Bildung von Divertikeln kommt, ist eigentlich nicht zu verwundern, „denn es wird stets die angefrischte Blasenwand beim Aufnähen der vorderen Scheidenwand auf die

Vorderfläche der Cervix etwas mitfolgen". Hannes hält die Divertikelbildung sogar von Nutzen für die Heilung der Fistel, da bei permanenter Blasenleere eine in einem Divertikel liegende Wunde am meisten vor Insulten geschützt ist und so naturgemäß am schnellsten heilt.

Zum Schluß möchte ich noch ganz kurz auf das Instrumentarium eingehen, welches Küstner bei Fisteloperationen benützt. Dasselbe ist höchst einfach. Zum Entfalten der Scheide benützt er verschieden lange und verschieden breite Specula (Wundhacken) mit Säbelgriff, die von Assistenten gehalten werden. Herabgeholt wird die Portio mit Hakenzangen, die Fistelränder werden mit Plattenhaken angefaßt. Er schneidet mit geraden einfachen sehr scharfen Scalpellu und näht mit stark gekrümmten trockartförmigen Nadeln, die er in dem v. Kaderschen Nadelhalter faßt. Über das Nahtmaterial habe ich das Nähere schon weiter oben gesagt.

Auf die übrigen Methoden Blasengenitalfisteln zu operieren kann ich bei der unendlich großen Anzahl derselben hier nicht näher eingehen; ich verweise deshalb auf die Lehrbücher und die Literatur, kurz will ich nur einige der wichtigsten erwähnen. Mackenrodt machte zuerst darauf aufmerksam, daß man sich nicht nur mit einer Anfrischung der Fistel begnügen darf und in nächster Nähe die Blase von der Scheide trennen, sondern, daß man in ausgiebigster Weise Blase und Scheidenwand lösen müsse, so daß sich die Wundränder der Blase von selbst ohne jede Spannung aneinanderlegen können.

W. A. Freund publizierte im Jahre 1895 zwei Fälle von Blasenscheidenfisteln, die von ihm nach einem neuen Verfahren operiert worden waren. Er eröffnet den Douglas, zieht den retroflektierten Uterus in die Vagina und näht die hintere Uteruswand in die Fistel. In den Fundus macht er ein Loch, durch das die Frau menstruiert. Die Portio wird verschlossen.

Trendelenburg empfahl die Fistel vom Inneren der Blase in Angriff zu nehmen und machte zu diesem Zwecke die Sectio alta.

Eine früher häufig angewandte Methode war die Kolpokleisis. Fritsch sagt über dieselbe: „Eine gelungene Kolpokleisis ist eine unverantwortliche Schädigung der Patientin, eigentlich ein fahrlässiger Mord.“ Jedenfalls sind unter Umständen aber die Folgen einer solchen Operation besser, so traurig sie auch sein mögen, als die unsäglichen Leiden und Beschwerden, die eine Blasenfistel veranlassen kann.

Fassen wir das Gesagte noch einmal kurz zusammen, und schließen wir dabei die acht von Rothe und die elf von Küstner publizierten Fälle mit ein, so haben wir 31 Frauen, bei denen in der Breslauer Klinik die Fistel-operation nach der Methode Küstner-Wolkowitsch gemacht ist. Es waren zumeist recht große und komplizierte Fisteln, die auf diese Weise geschlossen wurden. In einem Fall, den Rothe beschrieben hat, war die vordere Blasenwand mandaringroß vor die Vulva prolabiert, so daß beide Ureteren zu Gesicht kamen. Diese Frau war von einem Arzt als „Scheidenprolaps“ in die Klinik geschickt worden. Eine andere Fistel war durch Pessardruck entstanden und für zwei Finger bequem durchgängig. In einem anderen Fall bestanden drei Fisteln, dieser letztere wurde wegen schweren Herzfehlers ohne Narkose mit Lokalanästhesie operiert. Unter den Küstnerschen Fällen bestand unter anderem auch zweimal Blasenprolaps in die Scheide und bei den von mir veröffentlichten Fällen waren einmal zwei Fisteln vorhanden, die zu einer vereinigt wurden und so eine recht große Fistel ergaben, zweimal war die Blasenschleimhaut ektropioniert, die übrigen Fisteln waren von Stecknadelkopfgröße bis zur Durchgängigkeit für zwei Finger.

Bei diesem doch gewiß auserlesenem Material komplizierter Blasengenitalfisteln ist die Methode auf ihre Zuverlässigkeit geprüft worden, und stets hat sie das geleistet, was man von ihr erwartete, sie hat stets zu vollem Erfolge geführt. Es sind die Frauen nicht nur von ihrem qualvollen Leiden dauernd befreit worden, ohne dies mit dem Ausfall des Funktionierens ihrer Genitalien erkaufen zu

müssen, sondern sie haben ihren Uterus, ihre Vagina annähernd so normal, wie vorher behalten.

So kann man voll und ganz den Worten Stöckels beistimmen, der sagt: „Es unterliegt wohl keinem Zweifel, daß die Wolkowitsch-Küstnersche Operation von den neugemachten operativen Vorschlägen der beste ist. Wenn auch gewiß zuweilen von früheren Operateuren in ganz ähnlicher Weise vorgegangen wurde, so haben die beiden genannten Autoren doch das Verdienst, das Verfahren zur Methode erhoben zu haben.“

Literatur.

1. Bardescu, Ein neues Verfahren für die Operation der tiefen Blasen-Uterus-Scheidenfisteln. Zentralblatt für Gynäkologie, Bd. 24, S. 170.
2. Courant, Zur Indikation der Porroschen Operation bei narbiger Striktur und Fistelbildung in den weichen Geburtswegen. Zentralblatt für Gynäkologie, 1893, S. 990.
3. Freund, W. A., Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie, Bd. X, S. 511.
4. Fritsch, Die Harnfisteln. Veitsches Handbuch der Gynäkologie, Bd. II.
5. Hannes, Cystoskopische Befunde bei operativ geheilten Blasen-Scheidenfisteln. Zentralblatt für Gynäkologie, 1907, No. 44.
6. Kahn, Noch zwei Fälle von Vesico-Vaginalfisteln, operiert nach W. A. Freund. Zentralblatt für Gynäkologie, Bd. 23, S. 198.
7. Kroner, Über die Beziehung der Urinfisteln zu den Geschlechtsfunktionen des Weibes. Archiv für Gynäkologie, Bd. XIX, S. 140.
8. Küstner, Lehrbuch der Gynäkologie, 2. Aufl., S. 373.
9. — Die plastische Verwendung der Portio supravaginalis zum Verschluß von Blasenscheidenfisteln. Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie, Bd. 48, S. 453.
10. Maiß, Heilung einer Blasenscheidenfistel durch die Sectio alta. Zentralblatt für Gynäkologie, Bd. 23, S. 1071.
11. Romm, Die Blasenscheidenfisteln operiert nach dem neuen Verfahren von W. A. Freund. Zentralblatt für Gynäkologie, Bd. 23, S. 193.
12. Rothe, Der Verschluß komplizierter Blasenscheidenfisteln nach Küstner. Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie, Bd. XX, S. 790.

13. Stöckel, Veitsches Handbuch der Gynäkologie, Bd. II.
14. Spassokonkozky, Eine neue Methode Vesico-Vaginalfisteln zu nähen. Zentralblatt für Gynäkologie, Bd. 24, S. 60.
15. Trendelenburg, Über Blasenscheidenfistel-Operation und über Beckenhochlagerung bei Operationen in der Bauchhöhle. Sammlung klinischer Vorträge, 1890, No. 355.
16. Thomson, Der plastische Verschluß von Blasenscheidenfisteln vermittels der Cervix uteri. Zentralblatt für Gynäkologie, 1903, S. 1498.
17. Witzel, Antocystoplastik und Kolpocystoplastik bei großen Defekten der Blasenscheidenwand. Zentralblatt für Gynäkologie, Bd. 24, S. 1337.
18. Wolkowitsch, Eine plastische Methode, schwer operable vesico-vaginale Fisteln durch den Uterus zu verschließen. Zentralblatt für Gynäkologie, Bd. 25, S. 1193.
19. — Eine Methode zur Wiederherstellung der weiblichen Harnröhre mit gleichzeitiger Beseitigung einer Blasenscheidenfistel. Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie, Bd. 20, Heft 6.

Lebenslauf.

Verfasser dieser Arbeit, Ulrich Kummer, Preuße, evangelischer Konfession, wurde am 13. September 1880 zu Militsch, Bez. Breslau, seinem Wohnort, geboren. Zunächst besuchte er die höhere Knabenschule in Militsch, kam Ostern 1893 auf das Königl. Wilhelmsgymnasium zu Krotoschin, welches er Ostern 1900 mit dem Zeugnis der Reife verließ, und widmete sich 3 Semester (1. Jena, 2. und 3. Breslau) dem Studium der Rechte. Oktober 1901 trat er als Fahnenjunker in das 2. Hannoversche Inf.-Rgt. No. 77 ein, wurde aber im Januar 1902 als dienstuntauglich zum Landsturm entlassen. Ostern 1902 begann er in Breslau das Studium der Medizin, bestand im Juli 1904 daselbst das Tentamen physicum und beendete ebendort am 7. Juni 1907 die ärztliche Staatsprüfung. Vom 15. Juni 1907 bis 31. Dezember 1907 war er als Medizinalpraktikant an der chirurgischen Abteilung des städt. Wenzel Hanckeschen Krankenhauses in Breslau tätig, und seit dem 15. Januar 1908 ist er an der inneren Abteilung B des städt. Krankenhauses zu Allerheiligen in Breslau beschäftigt.

Während seiner Studien besuchte er die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Herren Professoren und Dozenten:

Kükenthal, Ladenburg, Meyer, Brefeld, Peter, Hasse, Hürthle, Schaper †, Röhmann, Thilenius, Ponfick, Krause, Anschütz, Hinsberg, Stern, Dienst, v. Strümpell,

v. Mikulicz-Radecki †, Filehne, Klingmüller, Groenouw, Flügge, Kausch, Küstner, Garrè, Neisser, Bonhöffer, Czerny, Uhthoff, Lesser, Winkler, Heine, Müller.

Allen meinen verehrten Lehrern sage ich auch an dieser Stelle meinen verbindlichsten Dank, insbesondere Herrn Geheimrat Küstner und Herrn Oberarzt Hannes für die gütige Unterstützung, die mir dieselben bei Abfassung der Arbeit zuteil werden ließen.